

# 高雄市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助

## 診斷證明書

關防

111.01.01 起適用

醫院名稱					
姓名		性別			
年齡	歲	生日	年	月	日生
身分證字號		聯絡電話			
戶籍地址	縣 市	鄉鎮 區市	村 里	鄰 路 段 巷 弄 號	之樓
評估日期	年	月	日	病歷號碼	
病名及健康 功能狀況					
需使用輔具 之原因	<input type="checkbox"/> 呼吸障礙 <input type="checkbox"/> 呼吸功能不全 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 皮膚損傷 <input type="checkbox"/> 身體腫瘤 <input type="checkbox"/> 循環障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
醫療輔具 需求評估	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____				
項目：需要多項者可開立同一份診斷書					
勾選	項目	以下需加開「評估報告書」			
		勾選	項目	勾選	項目
	電動拍痰器		壓力衣-A-頭頸		壓力衣-I-右踝、右足
			壓力衣-B-肩胸腹背		壓力衣-J-左小腿
	非蓄電式抽痰機		壓力衣-C-右上臂、右肘、右前臂		壓力衣-K-左踝、左足
			壓力衣-D-右手、右腕		矽膠片
	蓄電式（交直流兩用）抽痰機		壓力衣-E-左上臂、左肘、左前臂		氧氣製造機
			壓力衣-F-左手、左腕		單相陽壓呼吸輔助器
	化痰機		壓力衣-G-腰臀、左右大腿		雙相陽壓呼吸輔助器
	血氧偵測儀		壓力衣-H-右小腿		咳嗽(痰)機
	UPS 不斷電系統				
院長：		診治醫師：			
		專科醫師證書字號：			
中華民國		年		月	
				日	

備註：

1. 本診斷證明書，請務必載明在看診病歷上。
2. 本診斷證明書**有效期限為3個月**。
3. 醫療輔具補助限身心障礙者身分，且**居家自我照顧所需者**申請。
4. 民眾申請輔具補助只需一種診斷書(用此版本或醫院規格之版本皆可)。